

Prevalencia de diseminación infecciosa de origen odontogénico al complejo bucomaxilofacial

Prevalence of infection dissemination from odontogenic origin to the bucomaxilofacial complex

Johana MORENO¹, Carlos GUTIÉRREZ¹, Martha RODRÍGUEZ², Adriana JARAMILLO³

1. Estudiante de Odontología, Universidad del Valle (Cali, Colombia). 2. Odontóloga, Cirujana Maxilofacial, Profesora Escuela de Odontología de la Universidad del Valle (Cali, Colombia). 3. Odontóloga, Microbióloga, Profesora Escuela de Odontología de la Universidad del Valle (Cali, Colombia).

RESUMEN

Objetivo: Determinar la prevalencia de diseminación infecciosa de origen odontogénico del complejo bucomaxilofacial en pacientes que asisten a consulta de urgencias y consulta externa de un hospital de segundo nivel de la ciudad de Cali.

Materiales y métodos: Se revisaron 142 historias clínicas de pacientes mayores de edad sin discriminar género ni etnia, con impresión diagnóstica de absceso periapical con y sin fistula, absceso periodontal, pericoronitis, celulitis y absceso de boca y celulitis de cara que presentaron diseminaciones en maxilar superior e inferior, los cuales acudieron al servicio odontológico en el año 2009.

Resultados: De 695 pacientes que asistieron al servicio de odontología 124 se presentaron por infección de origen odontogénico, equivalente al 17.8%. Los diagnósticos más frecuentes fueron pericoronitis aguda, celulitis y absceso.

Discusión: El odontólogo debe conocer la prevalencia de estas infecciones y los riesgos que se pueden presentar en casos severos como una mediastinitis por diseminación con una tasa elevada de mortalidad.

Infecciones como estas pueden poner en riesgo la vida del paciente lo cual conlleva a hospitalización para su manejo.

Conclusiones: La zona anatómica con mayor compromiso fue la mandíbula, por infecciones diseminadas desde los molares y premolares inferiores. Se recomienda profundizar en campañas de Promoción y Prevención en la población vulnerable, para dar a conocer el riesgo que conlleva una infección oral y la importancia de realizar el tratamiento oportuno y la posibilidad de generar resistencia a los antibióticos.

Palabras clave: Infecciones, maxilofacial, oral, diseminación.

SUMMARY

Objective: To establish the prevalence of infectious dissemination of odontogenic origin of the maxillofacial complex in patients attending for emergency consultation and outpatient service of a second level hospital in the city of Cali.

Materials and methods: We reviewed 142 medical records of adult patients of any gender and ethnicity, with diagnostic impression of periapical abscess with and without fistula, periodontal abscess, pericoronitis, cellulitis and mouth and face abscesses that had disseminations to maxilla and mandible, who attended the emergency dental service and the outpatient service of a level II hospital in Cali in 2009.

Results: One hundred and twenty four of

695 patients who attended the service of dentistry presented any infection of odontogenic origin, equivalent to the 17.8%. The most frequent diagnostics were acute pericoronitis, cellulitis and abscess.

Discussion: The dentist must know the prevalence of these infections and the risks of occurrence of a more complicated condition as a mediastinitis by spread from the dental infection, with a high rate of mortality. Infections such as these can put at risk the life of the patient which leads to hospitalization.

Conclusions: The anatomical area with greater commitment was the lower maxillary infection spread from the lower molars and premolars. It is important to recommend further promotion and prevention education strategy directed to dentists and vulnerable population, to explain the risks associated with an oral infection and the importance of early treatment and the possibility of generating resistance to antibiotics.

Keywords: Infections, maxillofacial, oral, dissemination.

INTRODUCCIÓN

La infección odontogénica es aquella que tiene su origen en el propio diente o en los tejidos que lo rodean, progresa a lo largo del periodonto hasta el ápice, afectando al hueso periapical y se disemina a través del hueso y del periostio hacia estructuras vecinas o lejanas(1).

Recibido para publicación: Enero 27 de 2012.
Aceptado para publicación: Marzo 05 de 2011.
Correspondencia:
J. Moreno, Universidad del Valle.
(johanita1420@hotmail.com)

Las infecciones odontogénicas son una patología frecuente en la consulta odontológica. Se definen como enfermedades de origen bacteriano que afectan las funciones del sistema estomatognático y que dependiendo de su gravedad, pueden inducir en el huésped, el compromiso de órganos vitales por diseminación directa llevando a procesos crónicos o a la muerte (2). La cavidad oral es un medio ideal para el crecimiento de microorganismos. Forma un complejo ecosistema compuesto por más de 500 especies bacterianas (3).

La naturaleza polimicrobiana de las infecciones odontogénicas así como la variabilidad de los cuadros clínicos asociados son consecuencia de la diversidad de la microbiota bucal y de la complejidad anatómica y funcional de la cavidad oral. La proporción de las distintas especies bacterianas varía en función de aspectos tales como edad, factores genéticos y raciales, dieta, higiene oral, presencia de caries o enfermedad periodontal, estado de inmunosupresión, tratamiento antimicrobiano previo y/o concomitante (4).

La infección se caracteriza por la presencia de un foco séptico primario, localizado en la región bucal y puede diseminarse, lo cual requiere de un diagnóstico adecuado y oportuno para poder tratarla y suprimirla, aunque en determinados casos no es posible la erradicación consecutiva por su gravedad o cronicidad (5).

Los pacientes frecuentemente afectados son aquellos con compromiso de su condición sistémica, que presentan como factores predisponentes el alcoholismo, obesidad, vejez, embarazo, ignorancia y dan poco valor a la salud bucal. La Diabetes mellitus, artritis reumatoide, lupus eritematoso, enfermedad renal crónica, cirrosis hepática, discrasias sanguíneas, neoplasias benignas y malignas y SIDA son las enfermedades sistémicas mayormente relacionadas con esta patología (6).

Según Rogosa et al en 1960, los procedimientos clínicos pueden causar una bac-

teremia transitoria. La bacteremia ocurre con mayor frecuencia de 1 a 5 minutos después de haber realizado una extracción dental y permanece aproximadamente otros 15 minutos después de culminado el acto operatorio. Entre otros procedimientos odontológicos que pueden generar una bacteremia tenemos: cirugía periodontal (gingivectomía, osteoplastia, alisado radicular, levantamiento de colgajo, etc.) de un 36% a 88%, procedimientos de higiene bucal por parte del odontólogo (detartraje y profilaxis) hasta un 4%, procedimientos de higiene bucal por parte del paciente (cepillado dental, uso del hilo dental y estimulación de las encías) hasta un 51% (7).

En la parte superior de la cara se presentan comúnmente los abscesos faciales, debido a que la anatomía radicular de los molares es factor de riesgo para causar trombosis e isquemia de la pulpa que termina con necrosis, invasión microbiana y lesión periapical. La infección periorbitaria puede originarse en una infección del maxilar que se disemine a través del seno maxilar, aunque también puede producirse por vía hematogena. La propagación de microorganismos hacia la órbita se debe a infecciones de incisivos, caninos y premolares en el adulto (8).

Sin embargo en la parte inferior de la cara podemos encontrar infecciones cuya extensión hacia estructuras vecinas cobran importancia debido a que pueden comprometer la vida del paciente causando obstrucción de vías respiratorias. La Angina de Ludwig se inicia como una celulitis difusa grave con un comienzo agudo y una rápida extensión, afecta a los espacios submaxilar, sublingual y submentoniano, de manera bilateral. Suele ser de origen dentario producto de una infección del segundo y tercer molar inferior. Otra complicación de las infecciones odontogénicas es la Mediastinitis, por su extensión hacia los espacios faciales cervicales. Los principales espacios implicados son el espacio faríngeo lateral y el espacio retrofaríngeo.

Según Gómez et al en 2008, con el término “infecciones odontogénicas” se entiende

el conjunto de procesos infecciosos que se originan en las estructuras dentarias y periodontales. A esta situación se le denomina localización primaria. A pesar de que este tipo de infección generalmente es banal, localizada y autolimitada, puede suceder una diseminación secundaria que afecte a estructuras cercanas de los maxilares e incluso a distancia, dando lugar a entidades clínicas que en ocasiones pueden incluso poner en peligro la vida (9).

Por lo tanto es indispensable tener en cuenta la prevalencia de diseminación infecciosa y la zona anatómica más afectada, para conocer el riesgo de compromiso y poder tomar precauciones futuras que prevengan el deterioro del estado sistémico, garantizando la salud de los pacientes.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se revisaron 142 Historias clínicas de pacientes mayores de edad sin discriminar género ni etnia, con impresión diagnóstica (tomada según la Clasificación Internacional de Enfermedades 10^o: CIE 10^o) de absceso periapical con y sin fístula, absceso periodontal, pericoronitis, celulitis y absceso de boca y celulitis de cara que presentaron diseminaciones en: maxilar superior y mandíbula, los cuales acudieron al servicio odontológico de urgencias y consulta externa de un hospital de II nivel de la ciudad de Cali en el periodo enero a diciembre del 2009. Se excluyeron del estudio las historias clínicas de pacientes con impresión diagnóstica de celulitis y absceso y celulitis de cara que presentaron focos infecciosos de origen no odontogénico y sin la información requerida para el estudio.

En primera instancia fue solicitado al departamento de estadística de la Institución, el registro de historias clínicas de pacientes que asistieron al servicio con impresiones diagnósticas de absceso periapical con y sin fístula, absceso periodontal, pericoronitis, celulitis y absceso de boca y celulitis de cara en el año 2009. La recolección de datos fue realizada por los dos investigadores principales en un periodo aproximado

de 14 semanas diligenciando para ello, el formato anexo donde se identificaron las variables a estudio.

De las 142 historias clínicas revisadas, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión clasificaron para el análisis estadístico 85 historias clínicas; de estas 142 historias clínicas fueron eliminadas 14 al ingresar por otro servicio diferente a odontología, 14 por presentar un diagnóstico diferente a infección (pulpitis-4, periodontitis-9, luxación y gingivitis-1), 15 por ser pacientes menores de edad, 1 por presentar etiología diferente al origen dental (infección originada por fractura 1), 2 porque el diagnóstico no concuerda con la clínica y 1 historia clínica que no presenta información.

De 95 historias clínicas que clasificaban dentro de los criterios de inclusión fueron eliminadas 10 por presentar poca información para realizar el análisis estadístico (se eliminaron porque no contienen o no especifican 3 o más variables de las 11 que contiene el cuestionario). Finalmente se tuvieron en cuenta un total de 85 historias clínicas para realizar el estudio.

La investigación se llevó a cabo con la aprobación del CIREH (Comité Institucional de Revisión Ética en Humanos) de la Universidad del Valle y de la Dirección del Hospital en Cali, lugar donde se recolectaron los datos, de acuerdo a la Resolución 008430 de 1993 emanada por el Ministerio de Protección Social y siguiendo los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos indicados por la Asociación Médica Mundial en la Declaración de Helsinki y normas CIOMS. Las historias clínicas se identificaron por medio de códigos sin divulgación de nombres o números de documentos de identidad, todo esto con el fin de mantener la confidencialidad de la historia clínica y de los pacientes.

Según la resolución 8430; Artículo 11, este procedimiento indica investigación sin riesgo, debido a que este estudio se limita a la revisión de historias clínicas donde no

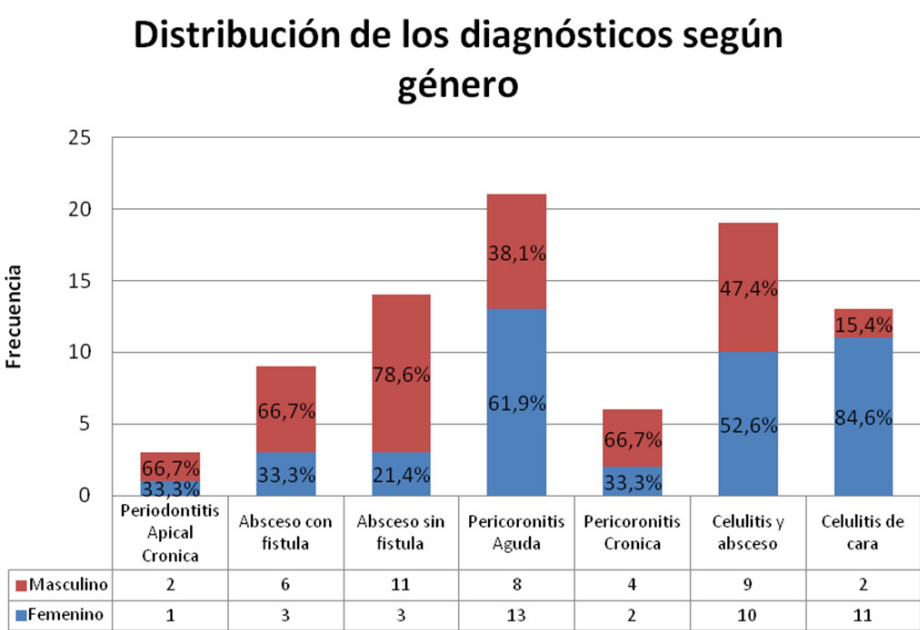


Figura 1. Distribución por género según el diagnóstico de la infección.

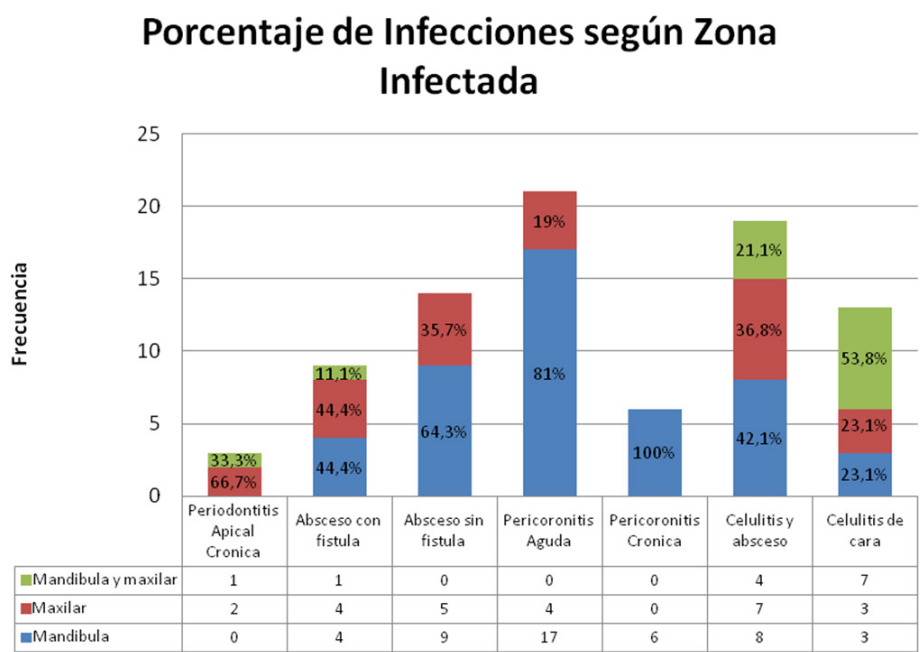


Figura 2. Frecuencia de la zona afectada según el diagnóstico de la infección.

se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio.

RESULTADOS

En el presente estudio se revisaron 85 historias, del total de historias, 43 pertenecían a pacientes del género femenino y 42 (49.4%) al masculino. Los pacientes tenían una edad promedio de 32 años y un índice COP de 13.33. Se presento una alta frecuencia de

pacientes perteneciente al estrato 2 y 3 con 36,5% y 27,1%, respectivamente, mientras los estratos 4 y 5 representaron solo el 3,6%; no se encontraron datos del estrato en el 14.1% del total de historias.

Con relación a la ocupación, se observó una prevalencia de oficios varios del 40%; el 18,8% correspondió a técnicos y datos no especificados; en desempleados se observó un 9,4% igual que los estudiantes y por último encontramos al Profesional con tan sólo un 3,5%.

En dichas historias los pacientes fueron diagnosticados con pericoronitis aguda (24,7%), celulitis y absceso (22,4%), absceso sin fistula (16,5%), celulitis de cara (15,3%), absceso con fistula (10,6%), pericoronitis crónica (7,1%) y la periodontitis apical crónica (3,5%).

El compromiso infeccioso limitado a la zona mandibular presentó la mayor frecuencia con el 55% de los registros; en la zona maxilar se identificaron focos infecciosos en el 30% y el 15% de los casos restantes se encontraron comprometidas ambas zonas, maxilar y mandíbula simultáneamente.

De los 85 pacientes se encontró que 8 personas presentaban más de 1 diente como foco infeccioso, los cuales comprometían gran parte del cuadrante. De estos, se observó que 2 tenían compromiso del cuadrante superior izquierdo y otros 2 comprometían el cuadrante inferior derecho, siendo el cuadrante inferior izquierdo el más afectado con 4 personas y no se reportaron casos en el cuadrante superior derecho.

De estos 8 afectados, que tuvieron compromiso del cuadrante inferior izquierdo, el Absceso con fistula afectó en un 25%, el Absceso sin fistula afectó en un 50% y la celulitis de cara afectó el 25% restante. Con relación a los diagnósticos de este grupo, la celulitis y absceso afectó en un 100% el cuadrante inferior derecho y la celulitis de cara afectó en un 100% la hemicara izquierda. En la celulitis de cara el 66,7%

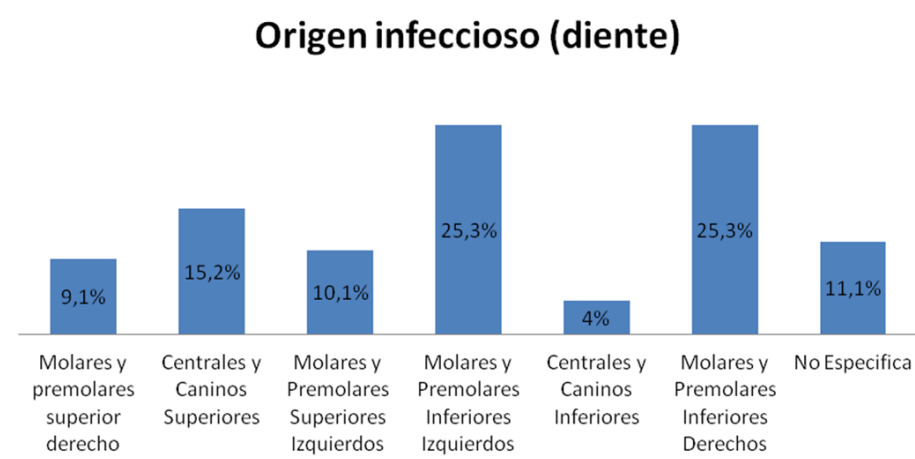


Figura 3. Frecuencia del origen infeccioso según el sextante dental.

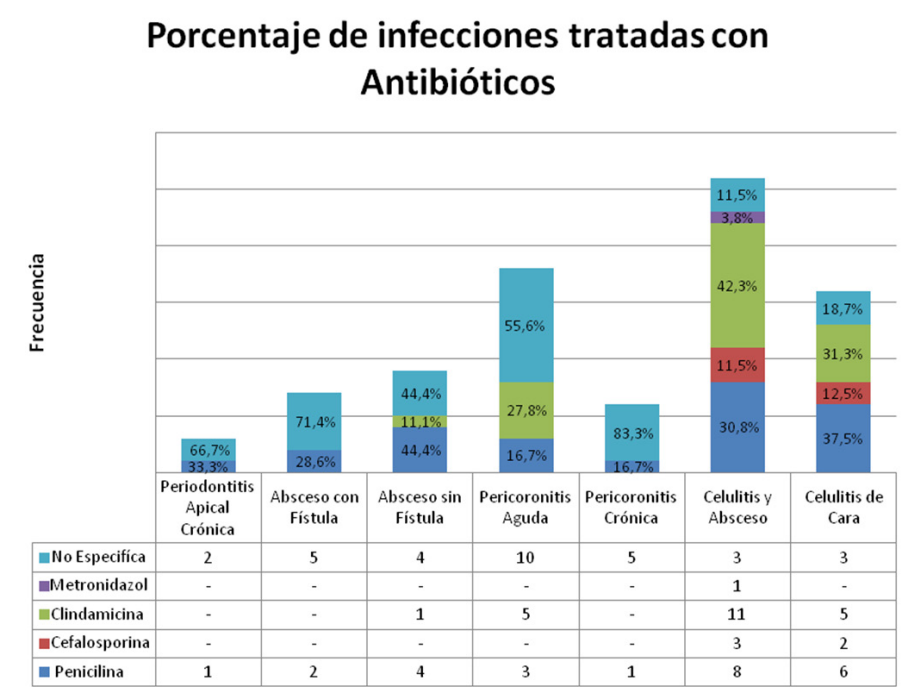


Figura 4. Frecuencia del tipo de antibiótico como tratamiento farmacológico según el diagnóstico.

de infección se presentó en el cuadrante superior izquierdo y el 33.3% restante fue en el cuadrante inferior izquierdo.

En hombres se presentaron aproximadamente el 70% de los diagnósticos de periodontitis apical crónica, absceso con fistula y pericoronitis crónica y el 80% de los abscesos sin fistula. En contraste, las mujeres representaron el 61.9%, el

52.6% y el 84.6% de los diagnósticos de pericoronitis aguda, celulitis y absceso y la denominada celulitis de cara, en su orden (Figura 1).

Los resultados muestran que las pericoronitis son casi exclusivas de la zona mandibular. Se observó la misma frecuencia de absceso con fistula para el maxilar y la mandíbula y un 11% para cuando se pre-

sentan simultáneamente. Del total de casos de celulitis en cara el 53,8% de los casos afecto ambos maxilares y se afectaron de forma independiente en un 23.1 % cada maxilar (Figura 2).

Se presenta mayor frecuencia de infección originadas en molares y premolares inferiores con un 50,6%, seguido de centrales y caninos superiores con 15,2%, molares y premolares superiores izquierdos con 10,1% molares y premolares superiores derechos 9,1% y el sextante donde menos se originan infecciones son los centrales y caninos inferiores con 4%. No se especifico el origen infeccioso en un 11,1% (Figura 3). Una de las conductas indicadas para el manejo de lesiones infecciosas según su severidad es la hospitalización. De 85 historias revisadas, el 21,2% de los pacientes fueron hospitalizados; de estos, el 63,2% fueron diagnosticados con celulitis y absceso y el 46,2% con celulitis de cara.

En el 85,9% de los casos se prescribieron medicamentos, siendo la penicilina el antibiótico más utilizado con un 29,4% seguida de las clindamicinas con un 25,9%, las cefalosporinas en un 5,9% mientras que los macrólidos, aminoglucosidos y tetraciclinas no se encontraron como tratamiento en este estudio. Tan sólo en un 1,2% se utilizó metronidazol como antibiótico y en un 37,6% no se especificó el antibiótico suministrado.

La clindamicina fue el antibiótico más utilizado en los casos de celulitis y absceso y pericoronitis aguda. En celulitis de cara se usaron penicilina y clindamicina en el 37.5% y 31.3%, respectivamente. Poco más del 10% de los casos de celulitis y absceso y celulitis de cara fueron prescritos con cefalosporina y solo en el 3.8% de los casos de celulitis y absceso se observó prescripción de metronidazol. La penicilina fue utilizado de forma variable según el diagnóstico (Figura 4). Usualmente se combinan los antibióticos para incrementar su efecto. En el estudio se observó el uso simultáneo de penicilina y clindamicina en un 58,3% seguido de cefalosporina y clindamicina

con un 25%. Las combinaciones entre clindamicina y metronidazol como penicilina y cefalosporina se observan con un 8,3%.

Para el manejo de celulitis y absceso se utilizo la penicilina y clindamicina en el 41,6% y el 16,7% para tratamiento de celulitis de cara. El 16,7% fue combinación entre cefalosporina y clindamicina para celulitis y absceso y el 8,3% celulitis de cara. De la totalidad de combinaciones antibióticas el 8,3% fue clindamicina con metronidazol para celulitis y absceso y la penicilina más cefalosporina el restante 8,3% para la celulitis de cara.

Las infecciones deben tratarse de manera rápida y agresiva evitando complicaciones como diseminación a espacios aponeuróticos, shock séptico, generación de fistulas, pérdidas óseas o dentales. Para el tratamiento de las infecciones de los casos revisados se siguieron diferentes alternativas:

- Terapias complementarias: 41.1% (Terapia con bajalenguas para propiciar apertura bucal, terapia de frío y calor.)
- Farmacoterapia: 30.5%
- Exodoncia: 12.6%
- Drenaje: 5.3%
- Tratamiento pulpar y Terapia no específica: 4.2%
- Ninguno: 2.1%

El manejo de las infecciones del complejo bucomaxilofacial requiere la combinación de terapias farmacológicas, quirúrgicas y complementarias para obtener un resultado eficaz. Entre las combinaciones para el tratamiento reportadas en las historias se encontró que las terapias complementarias sumadas al manejo farmacológico constituyen el protocolo más frecuente. Otras alternativas encontradas fueron:

- Terapias complementarias + drenaje.
- Terapias complementarias + exodoncia.
- Terapias complementarias + Drenaje + Exodoncia+ Farmacoterapia.
- Exodoncia+ Farmacoterapia.
- Drenaje + Farmacoterapia

DISCUSIÓN

Al revisar la base de datos de atención se encontró que asistieron al servicio de odontología 695 pacientes en el año 2009 por diferentes causas, en las que 124 fueron por infección de origen odontogénico, equivalente al 17.8%.

Al analizar la información se observó mayor prevalencia de infección en mujeres que en hombres a diferencia del estudio realizado por García et al; en el que reportaron entre el año 1999 y 2001, 100 pacientes de los cuales 59 pacientes eran de género masculino y 41 femenino (10).

Se presento relación en cuanto a la condición socioeconómica, la ocupación y el índice COP con la frecuencia de infecciones odontogénicas, siendo estas más frecuentes en pacientes de bajos recursos económicos (estrato socioeconómico 3, 2 y 1) que tienen como ocupación oficios varios y que presentan índices COP muy elevados (en promedio de 13,11 +/- 7,3). Este hallazgo se puede explicar debido a que generalmente las personas de bajo estrato socioeconómico realizan trabajos informales poco remunerados y por esto presentan mayor dificultad para acceder a los servicios de salud. Esto se relaciona con lo evidenciado en el estudio realizado por Hernández en 2009 donde se manifiesta que la mayor prevalencia de caries se encontró en pobreza relativa, dando como resultado, que el estrato socioeconómico influye en la prevalencia de caries dental (11). Esta relación es muy importante, porque en las infecciones, las distintas especies bacterianas varían en función de diversos factores tales como: edad, dieta, higiene oral, presencia de caries o de enfermedad periodontal, tratamiento antimicrobiano previo y/o concomitante, estado de inmunosupresión y determinados factores genéticos y raciales (4).

Teniendo en cuenta que las infecciones odontogénicas surgen de los dientes o los tejidos periodontales, estas infecciones suelen estar localizadas y autolimitadas, aunque a veces pueden extenderse y llegar

a ser graves (12). La zona infecciosa más común es la mandíbula y el origen dental de la infección que mas prevaleció se encontró en el sextante 4 y 6 pertenecientes a los premolares y molares inferiores, lo cual se relaciona con lo encontrado por García et al, estudio realizado en la ciudad Camagüey, Cuba en pacientes mayores de 15 años (10).

La variabilidad y complejidad inherente a la microbiota bacteriana hacen que las posibles estrategias de tratamiento estén sujetas a condicionantes distintas dependiendo de la fase en que se encuentre el proceso infeccioso. Así, se podrá emplear un enfoque terapéutico-odontológico, farmacológico o quirúrgico o una aproximación que sincronice las tres anteriores en distintos momentos y con mayor o menor intensidad (4).

En el presente estudio, la infección con mayor frecuencia fue la pericoronitis. De acuerdo a Sixou et al en 2003, en casi todos los casos de pericoronitis (32 de 35) se encontraron bacterias anaerobias obligadas, por lo cual el manejo terapéutico implica generalmente un procedimiento quirúrgico local y la prescripción de antibióticos, de la familia β -lactámicos. La amoxicilina y pristinamicina fueron los más eficaces contra la flora, en particular los organismos aeróbicos. El metronidazol solo o combinado con espiramicina fue el fármaco más eficaz contra los anaerobios obligados. La amoxicilina y la combinación de espiramicina y metronidazol son los antibióticos más utilizados por los médicos franceses. La pristinamicina es uno de los dos antibióticos recomendados en Francia para los pacientes con alto riesgo de alergia a la amoxicilina (13).

A diferencia de los anteriores, en este estudio se observa mayor prevalencia de suministro de antimicrobianos como amoxicilinas y clindamicina para tratar la pericoronitis pues estos actúan contra los organismos aeróbicos y anaeróbicos respectivamente. En cuanto a las combinaciones entre fármacos para aumentar el efecto encontramos prevalencia de la com-

binación entre penicilina y clindamicina en un 58,3% seguida de la combinación de cefalosporina y clindamicina con un 25%. Las combinaciones de clindamicina y metronidazol como penicilina y cefalosporina se observan en un 8,3%.

Los abscesos son otro tipo de infección frecuente, estos pueden o no tener fístula. Según lo referido por Pallin et al (14), el *Staphylococcus aureus* es una de las principales causas de abscesos no purulentos en infecciones de piel y tejidos blandos, estos son resistentes a las B lactamasas. El 14% de estas visitas, terminó en la admisión hospitalaria. En el presente estudio se observa hospitalización debido a dos tipos de infecciones que afectan piel y tejidos blandos que son la celulitis y absceso con un 63,2% y la celulitis de cara, con un 46,2% lo cual corresponde al 21,2% del total de infecciones de origen odontogénico, lo cual es un porcentaje a considerar.

Pallin et al, en un estudio realizado en E.E.U.U encontró en el 2005, que los pacientes a quienes se les formularon antibióticos al ingresar por el servicio de urgencias de infecciones de piel y tejidos blandos, fueron prescritas las cefalosporinas en el 49%, clindamicina el 16%, trimetoprim-sulfametoxazol 19%, penicilinas 15%, quinolonas, 7,2% y otros con muy poca frecuencia (14).

En este estudio que recolectó datos correspondientes al año 2009 se observó que el 30,8% de los casos con celulitis y absceso fueron tratados con penicilina, el 11,5% con cefalosporinas, el 42,3% con clindamicina y para el 3,8% se utilizó metronidazol. Para la celulitis de cara al 37,5% de los casos se les suministro penicilina, al 12,5% cefalosporinas y al 31,3% de los casos clindamicina.

El tratamiento antibiótico no fue especificado en la historia clínica en el 37,6% lo cual es un porcentaje considerablemente alto. En los diagnósticos que más cuidado hubo al dejar consignado en la historia clínica el antibiótico suministrado fue en la

celulitis de cara y celulitis y absceso, esto es bastante coherente teniendo en cuenta que estas dos infecciones son las de mayor riesgo de comprometer la vida del paciente. Una de las alternativas de tratamiento en infecciones dentales es la exodoncia del diente afectado, así también lo muestra el estudio realizado por Martis y Karakasis en 1975 (15). De 1.376 extracciones realizadas por infección aguda, 327 se realizaron en presencia de un absceso en el espacio facial. No se observaron complicaciones graves. La extracción de los dientes en casos de infección supurativa aguda, resuelve la infección dentoalveolar primaria y previene el desarrollo de abscesos en el espacio facial.

En este estudio se encontró el uso frecuente de Terapias complementarias para todo tipo de infección, sin embargo como procedimiento clínico principal encontramos la exodoncia seguida del drenaje para ayudar a la resolución de la infección eliminando el foco séptico y el contenido purulento.

La zona anatómica con mayor compromiso por la infección es la mandíbula dado que el mayor porcentaje de infecciones se encuentra en los molares y premolares inferiores. Es de gran importancia para el odontólogo conocer la prevalencia de estas infecciones y los riesgos que se pueden presentar en casos severos como una mediastinitis por diseminación, siendo reportados muchos casos con una tasa elevada de mortalidad (7). Por infecciones como esta se puede poner en riesgo la vida del paciente, por esto se encontró una tasa elevada de hospitalización de pacientes que acudieron al servicio con infecciones de origen dental.

Dada la relación en cuanto a la condición socioeconómica, la ocupación y el índice COP elevado con la frecuencia de infecciones odontogénicas, se recomienda profundizar en campañas de promoción y prevención en la población de estrato 1,2 y 3, para dar a conocer el riesgo que puede conllevar una infección oral y la importancia de realizar el tratamiento oportuno y la posibilidad de generar resistencia a los

antimicrobianos sino se realiza la terapia completa. En casos donde la terapia instaurada no presente evolución, se recomienda como examen complementario el cultivo y antibiograma. Por otra parte dejar un campo abierto para realizar otros estudios que se puedan proponer a partir de estos resultados.

AGRADECIMIENTOS

Por la colaboración prestada en el estudio, damos unos profundos agradecimientos a la institución donde se realizó la investigación, por facilitar los datos necesarios. Gracias a los doctores Carlos Martínez, Odontólogo, Jhon Jairo Osorio, Cirujano Maxilofacial y Freddy Moreno, Odontólogo, de la Universidad del Valle, por sus asesorías en la elaboración del presente artículo.

REFERENCIAS

1. Jiménez Y, Bagan JV, Murillo J, Poveda R. Infecciones odontogénicas. Complicaciones. Manifestaciones sistémicas. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2004; 9: 143-7; 139-43
2. Moromi H. Antimicrobianos y bacterias en la consulta odontológica. Rev Mex Odon Clin. (Consulta 8 de Marzo 2010); (1). Disponible en: http://www.intramed.net/sitios/mexico/revista_odonto/vol1_pdf_tapas/ODONTO_8_VOL_I_notal.pdf
3. Bascones A, Aguirre JM, Bermejo A, Blanco A, Gay C, González MA. Documento de consenso sobre el tratamiento antimicrobiano de las infecciones bacterianas odontogénicas. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2004; 9:363-76.
4. Gutiérrez J L, Perea E J, Romero M M^a, Girón J A. Infecciones orofaciales de origen odontogénico. Med Oral 2004; 9:280-7
5. Díaz J, Jardón J, Pérez R. Manifestaciones metafocales de infección odontógena y su relación directa con oftalmopatías. Medisan 2009; 13(2).
6. Mercado F. Infecciones cervicofaciales de origen odontogénico. Revista ADM. 2006; 63(2):74-79
7. Dinatale PE. Diseminación De La Infección Odontogénica: Revisión de la literatura. Acta odontol. venez, 2000, 38 (1):37-43.
8. García CI, de la Teja E, Ceballos H, Ordaz JC. Infecciones faciales odontogénicas. Informe de un caso. Rev Odon Mex. 2009; 13(3):177-183.
9. Gomez S, Riaño A, Garatea J. Libro electrónico de temas de urgencia. Enero de 2008. [consulta 8 de Marzo 2010]. Disponible en: <http://www.cfnavarra.es/salud/PUBLICACIONES/Libro%20electronico%20de%20temas%20de%20Urgencia/12.Infecciosas/Infecciones%20odont%C3%B3genas.pdf>
10. García O, Zequeira J, Dueñas L, Correa A. Infección odontogénica grave. Posibles factores predictores. Rev Cubana Estomatol. 2003;40(1).
11. Hernández M. Caries Dental, academia, Trujillo, Venezuela ISSN 1690-3226 Enero - Junio. Vol. VIII. (15) 2009, 55.
12. Arias B, Contreras M, Acosta A, Ruiz F, Bermudo L, Valiente A. Multiple odontogenic abscesses thoracic and abdomino perineal extension in a immuno competent patient. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2011.
13. Sixou J, Magayd C, Jolivet A, Cormier M, Bonnaure M. Evaluation of the mandibular third molar pericoronitis flora and its susceptibility to different antibiotics prescribed in France. J Clin Microbiol. 2003; 41(12):5794-5797.
14. Pallin D, Egan D, Pelletier A, Espinola J, Hooper D, Camargo C. Increased US emergency department visits for skin and soft tissue infections, and changes in antibiotic choices, during the emergence of community associated methicillin resistant, Staphylococcus aureus. Ann Emerg Med. 2008; 51(3).
15. Martis C, Karakasis D. Extractions in the Presence of Acute Infections. J Dent Res. 1975; 54(1):59-61.